

## Willkommen in unserer Praxis

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

gerne möchte ich einiges über Ihre bisherige Krankengeschichte erfahren.  
Es erleichtert unser Gespräch, gibt einen Leitfaden für ggf. nötige  
Behandlungen und wird von uns archiviert.

In diesem Zusammenhang möchten wir Sie bitten unseren Anamnesebogen  
und unsere Datenschutzerklärung auszufüllen und zu unterzeichnen.

### So können Sie vorgehen:

- 1.) Bitte laden Sie unser PDF.
- 2.) Füllen Sie beide Dokumente aus, online oder nach dem Ausdruck.
- 3.) Ausdrucken, unterzeichnen und zur Behandlung mitbringen.

Vielen Dank für Ihre Hilfe

Ihr Praxisteam

## Willkommen in unserer Praxis

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
gerne möchte ich einiges über Ihre bisherige Krankengeschichte erfahren. Es erleichtert unser Gespräch, gibt einen Leitfaden für ggf. nötige Behandlungen und wird von uns archiviert. Bitte beantworten Sie uns folgende Fragen:

Name, Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

Adresse: .....

Telefonnummer: ..... Ihre E-Mail-Adresse: .....

Haben Sie Allergien?  ja  nein

Wenn ja, welche? .....

Gibt es Erkrankungen oder Störungen?  ja  nein .....

Nehmen Sie Medikamente?  ja  nein .....

Wenn ja, wie heißen diese? .....

Wurden Sie schon mal operiert?  ja  nein .....

Wenn ja, an was? .....

Haben Sie Kinder?  ja  nein .....

Wenn ja, wann und wie wurden diese geboren? .....

Gab es Komplikationen?  ja  nein .....

Verhüten Sie und mit welcher Methode? ja nein .....

Wann war Ihre letzte Regelblutung? .....

Gibt es dabei Probleme? .....

Ist Ihr Zyklus regelmäßig? .....

Wann war Ihre allererste Regelblutung? .....

Wann war Ihr letzter Frauenarztbesuch und bei wem? .....

Gab es Besonderheiten? .....

Bei welchem Hausarzt sind Sie in Behandlung? .....

Was ist Ihr Beruf? .....

Sonstiges: .....

Wie wurden Sie auf diese Praxis aufmerksam? .....

Wünschen Sie eine Erinnerung für Ihre nächste Vorsorgeuntersuchung?  ja  nein

Vielen Dank

## Information zur Datenverarbeitung gemäß Art 13 DSGVO

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Aufgrund der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) bin ich verpflichtet, Sie davon zu unterrichten, dass Ihre personenbezogenen Daten (z.B. Name, Adresse, Telefonnummer...) und Ihre Gesundheitsdaten (z.B. Anamnese, Befunde, Diagnosen, Therapien...) elektronisch verarbeitet und für die Dauer der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gespeichert werden. Ihre personenbezogenen Daten werden nur dann an Dritte übermittelt, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Eine ausführliche Patienteninformation zum Datenschutz finden Sie als Aushang im Wartezimmer und kann Ihnen bei Bedarf als Merkblatt ausgehändigt werden.

### Vollmacht

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

- Sollte es Ihnen nicht möglich sein, Überweisungen, Rezepte, Bescheinigungen o.ä. persönlich abzuholen, bitte ich Sie, eine schriftliche Vollmacht des Bevollmächtigten (inkl. Kopie oder Vorlage eines Personalausweises oder Führerscheines) zur Abholung von ärztlichen Unterlagen zu erteilen.

Hiermit bevollmächtige ich

.....  
Name, Vorname, Adresse des Bevollmächtigten

ärztliche Unterlagen von mir abzuholen bzw. Auskunft über den Gesundheitszustand/Diagnosen zu erhalten.

### Einwilligungserklärung

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

- Hiermit willige ich ein, dass ich im Rahmen meiner ärztlichen Behandlung per Post, E-Mail oder Telefon zu einer Wiedervorstellung in der Praxis kontaktiert werden darf.

### Schweigepflichtentbindung

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

- Ich entbinde die Frauenarztpraxis Dagmar Paul-Agrawala von der ärztlichen Schweigepflicht, Arztbriefe, Befund, Diagnosen, Therapien und Auskünfte an meinen Hausarzt oder Facharzt

.....  
Name des Hausarztes bzw. Facharztes

zum Zwecke der Dokumentation der weiteren Behandlung zu übermitteln.

Es ist mir bekannt, dass diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen werden kann.

.....  
Ort, Datum

.....  
Name, Vorname

.....  
Unterschrift